1870
Lane Medical Library

ZUR CASUISTIK DER OBERSCHENKELLUXATIONEN.

MEDICINISCHE
INAUGURAL-DISSERTATION

MIT GENEHMIGUNG
DER MEDICINISCHEN FACULTAET
DER VEREINIGTEN FRIEDRICHS-UNIVERSITAET
HALLE-WITTENBERG
ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWUERDE
IN DER MEDICIN UND CHIRURGIE
ZUGLEICH MIT DEN THESEN
OEFFENTLICH VERTHEIDIGT
AM
16. JULI 1870 — VORMITTAGS 11 UHR.

VON
BRUNO CONRAD,
PROV. BRANDENBURG

GEGEN
H. KRÖGER, DRD. MED.
H. HOHBERG, CAND. MED.

HALLE,
BUCHDRUCKEREI VON LIPKE.

SEINEM LIEBEN VATER

IN DANKBARER VEREHRUNG

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153713_0052

Diese Arbeit bezweckt Mittheilungen über einen kleinen aber höchst wichtigen Theil des reichen Materials der chirurgischen Klinik in Halle zu machen und die daselbst gemachten Erfahrungen zu veröffentlichen. Gegenstand dieser Mittheilungen sollen die in den letzten drei Jahren zur Beobachtung gekommenen Verrenkungen des Oberschenkels sein.

Da diese Verrenkungen, welche der praktische Arzt so ungemein selten zu Gesicht bekommt, in den chirurgischen Kliniken verhältnissmässig viel häufiger gesehen werden, so wird folgende Veröffentlichung sowohl der beobachteten Symptome als auch der angewendeten Curverfahren nicht ohne Interesse sein.

Nicht blos der sehr traurige Zustand eines mit einer Oberschenkelluxation behafteten Menschen und die Schwierigkeit der Reposition des Gelenkkopfes, sondern auch die ätiologischen Momente der Entstehung der Verrenkung haben von jeher gerade diesem Leiden die Aufmerksamkeit der

Aerzte zugewendet. Schon in den ältesten Zeiten hatte man verschiedene zum Theil sehr sonderbare und gewaltsame Methoden für die Reposition ersonnen. Erst in der neueren Zeit trat durch die Anwendung rationeller Repositionsmethoden, welche durch eingehende Studien besonders an Leichen gewonnen waren, namentlich aber durch die Erfindung des Chloroforms die Behandlung der Luxationen wie so Vieles in der operativen Chirurgie in eine neue Epoche.

Dem Patienten wurden nicht allein die Schmerzen bei der Untersuchung und Einrenkung erspart, sondern auch die Gefahren, welche ihm früher bei der Anwendung grosser Gewalt zur Ueberwindung der Muskelkraft drohten, vermindert; dem Arzte wurden die Repositionsversuche durch Erschlaffung der Muskeln erleichtert, und beide Theile durch die glänzenden Erfolge der Therapie befriedigt. Dazu kommt noch die Möglichkeit das wieder in die richtige Lage gebrachte Glied sofort durch schnell erhärtende Verbände rasch und sicher in der geeigneten Stellung zu fixiren. Gyps und Guttapercha lieferten dazu das beste und bequemste Material. Ehe der Patient aus der Chloroformnarkose erwacht, ist nicht nur die Luxation beseitigt, sondern auch das betreffende Glied so sicher gestellt, dass ein Recidiv nicht zu befürchten ist.

Ausserdem geben aber die bequemen und schnellen Beförderungsmittel dem Kranken Gelegenheit, sich falls die Reposition, wie so oft, in der Privatbehandlung eines allein dastehenden Arztes nicht gelingen sollte, bald in ein grösseres Krankenhaus schaffen zu lassen, wo dem erfahrenen

Chirurgen alle Hülfsmittel und sichere Assistenten zu Gebote stehen.

Diesem Umstande ist es wohl zum grossen Theile zuzuschreiben, dass den Chirurgen der Jetztzeit verhältnissmässig mehr Oberschenkelverrenkungen zur Beobachtung kommen als früher.

Die in den letzten drei Jahren in der chirurgischen Klinik zu Halle behandelten *12 Fälle von Oberschenkelluxationen* boten ätiologisch wie therapeutisch viel Interessantes. Von ihnen waren jedoch nur 8 traumatischen Ursprungs, 4 wie man sagt spontan nach verschiedenen Krankheiten entstanden.

Was zunächst die *traumatischen Verrenkungen* anbelangt, so muss bemerkt werden, dass der Art nach unter diesen 8 Fällen 6 luxationes iliacae, nur eine luxatio ischiadica und eine luxatio obturatoria sich befanden. Dieses Zahlenverhältniss spricht gegen die neueren Ansichten im Betreff des häufigeren Vorkommens der luxatio ischiadica und des selteneren der luxatio iliaca, welche namentlich durch die sorgfältigen Untersuchungen von Roser allgemeine Verbreitung gefunden haben, und würde vielmehr für die Angaben A. Coopers stimmen, welcher angiebt, dass die luxatio iliaca 12mal unter 20 Oberschenkelverrenkungen vorkäme, die luxatio ischiadica dagegen nur 5mal. Man müsste denn annehmen, die primäre Verrenkung wäre hier eine l. ischiadica gewesen und der Schenkelkopf hätte sich erst später auf das Darmbein gestellt. Solche Uebergänge von einer Stellung des Schenkelkopfes in eine andere kommen

ja bekanntlich häufig genug vor; namentlich bei den Repositionsversuchen wird diese Erscheinung oft beobachtet. Es wird deshalb bei nicht ganz frischen Fällen höchst schwierig, ja oft unmöglich sein, zu entscheiden, ob die vorliegende Luxation die ursprüngliche gewesen sei.

Auch das Lebensalter und das Geschlecht der Patienten stimmte mit dem als im Allgemeinen prädisponirend angenommenen nur zum Theil überein; denn nur die Hälfte der Luxationen lieferte das mittelere Lebensalter und das männliche Geschlecht.

Dagegen ist es als höchst merkwürdig hervorzuheben, dass unter diesen 8 Verrenkungen 3 bei Kindern — sämmtlich Mädchen, — von denen das jüngste noch nicht 2 Jahre und das älteste 11 Jahre alt war, zur Beobachtung kamen. Ich will deshalb diese so sehr selten vorkommenden Fälle zunächst mittheilen.

Erster Fall.

Minna G . . . ., $1^3/_4$ Jahre alt, spielte am 18. Mai 1867 an einem offenstehenden, schweren, wackeligen Küchenschranke und zog denselben durch Ergreifung der offenstehenden Thüre über sich her, sodass sie darunter zu liegen kam. Das Kind konnte sofort nicht mehr gehen. Der herzugerufene Wundarzt erkannte die Luxation nicht und verordnete nur kalte Umschläge und Einreibungen von Salben. Vier Wochen später ward das Kind in die hiesige chirurgische Klinik gebracht. Der Status präsens war folgender: Das rechte Bein war um 1 Zoll verkürzt, addu-

cirt, etwas flectirt und nach Innen rotirt. Der trochanter major stand $^3/_4$ Zoll über der Nélaton-Roserschen Linie. Der Oberschenkel war unter der Weiche beträchtlich verbreitert, und die Weichtheile bildeten an der Innenseite desselben tiefe querverlaufende Falten. Die Untersuchung ergab eine luxatio femoris iliaca dextra. Die Reposition gelang beim ersten ernstlichen Versuche nach der Middeldorpf'schen osteomochlischen Methode. Der zur Retention sofort angelegte Gypsverband ward am 22. wieder abgenommen. Das Bein befand sich in einer guten Stellung.

Zweiter Fall.

Die folgende luxatio traumatica iliaca dextra betrifft ein Mädchen von 11 Jahren, Marie P . . Dasselbe stürzte Mitte August 1869 aus nicht unbeträchtlicher Höhe von einem Baume herab und kam dabei angeblich auf die Füsse zu stehen. Mit heftigen, sofort nach dem Falle auftretenden Schmerzen in der rechten Hüfte verband sich gleichzeitig eine völlige Functionsunfähigkeit der rechten unteren Extremität. Nach mehreren vergeblichen von anderen Aerzten vorgenommenen Einrenkungsversuchen brachte Patientin noch 5 Wochen zu Hause zu; erst am 27. September ward sie in die hiesige Klinik aufgenommen.

Status präsens: Die rechte untere Extremität zeigte eine wirkliche Verkürzung von ungefähr zwei Finger breit, stand in leichter Flexion, Adduction und Rotation nach Innen. Der trochanter major befand sich ungefähr $1\,^1/_2$ Zoll über der Nélaton-Roserschen Linie. Unter den schlaffen

Gesässmuskeln war der Gelenkkopf deutlich durchzufühlen. Die rechte Gesässfalte erschien etwas markirter. Passive Bewegungen, Rotation nach Aussen und Abduction waren nur im beschränkten Masse möglich.

In tiefer Chloroformnarkose, bei fixirtem Becken ward das Bein in möglichste Flexion gestellt. Unter Abduction und Rotatien nach Aussen erfolgte die Einrenkung. Der Trochanter sprang jedoch nach derselben immer noch ein Wenig nach Aussen vor. Das Bein ward darauf in Gewichtsextension gelegt und mit 5 Pfunden belastet. Um etwaige Einwärtsrollung zu verhüten, ward der Fuss in leichter Abduction auf ein Fussbrett befestigt.

Da am 6. October der trochanter major immer noch auffallend nach Aussen stand, ward nach Entfernung des Extensionsapparates eine genaue Untersuchung vorgenommen. Es zeigten sich die oben beschriebenen Symptome der Verrenkung von Neuem; doch konnte der Gelenkkopf nicht mit Sicherheit gefühlt werden. Sei es nun, dass die Reposition überhaupt keine vollständige gewesen war, sei es dass die Luxation sich im Bett, vielleicht in Folge einer Complication durch Absprengung des Pfannenrandes, wieder hergestellt hatte; kurz die Luxation war wieder vollständig vorhanden. Die Bewegungen in der neugebildeten, jetzt $6^1/_2$ Woche alten Pfanne waren in der Chloroformnarkose ziemlich ausgiebig und glatt. Die Reposition gelang mit Hülfe der spitzwinkligen Flexion erst beim 6. Versuche. Der Gelenkkopf sprang mit hörbarem Geräusch in die Pfanne. Sofort war die Verkürzung des Beines, die Rotation nach

Innen und das Vorspringen des trochanter major aufgehoben. Die Bewegungen in der alten Pfanne zeigten sich nach allen Seiten frei, doch bemerkte man dabei starke Crepitation. Das Bein ward sofort durch einen Gypsverband fixirt; und Patientin nach 8 Tagen im Verbande entlassen. Eine recidive Luxation trat nicht wieder ein.

Dritter Fall.

Eine luxatio traumatica femoris iliaca sinistra ward ambulatorisch behandelt. Patientin, Pauline S . . aus Gneiss, 5 Jahre alt, kam mit der eben erwähnten Luxation in die Klinik. Die Reposition gelang sofort und der Schenkel ward in guter Stellung durch einen Gypsverband fixirt.

In Betreff der drei übrigen luxationes femoris iliacae kann ich mich kurz fassen, da dieselben ihrer Entstehung und Therapie nach wenig Erwähnenswerthes darbieten.

Vierter Fall.

Heinrich H . . . aus R., 33 Jahre alt, ward am 13. September 1867 mit einer 10 Tage alten luxatio traumatica iliaca dextra nebst einer fractura costae in die Klinik aufgenommen. In der Chloroformnarkose liess sich die Verrenkung durch spitzwinklige Flexion, Stellung des Schenkelkopfs auf den Pfannenrand und darauf folgende Schaukelbewegungen, einer Methode die von Herrn Prof. Volkmann bei traumatischen Hüftgelenksluxationen vielfach mit Erfolg angewendet worden ist, leicht reponiren.

Fünfter Fall.

Der jetzt zu besprechende Fall betrifft eine 3 Wochen alte luxatio femoris iliaca sinistra. Der Patient Carl H . ., 23 Jahre alt, ist Bergmann. Derselbe ward bei der Arbeit im Bergwerke verschüttet und zog sich dadurch eine Luxation zu, die nicht erkannt worden ist. In der Klinik ward die Reposition in tiefer Chloroformnarkose erst in spitzwinkliger Flexion mit Adduction, Rotation nach Aussen und Abduction ohne Erfolg versucht. Dann aber in rechtwinkliger Flexion durch die von Prof. R. Volkmann angegebene Schaukelmethode glücklich reponirt. Bei der Reposition bildete sich zwei- bis dreimal eine luxatio obturatoria aus, wenn beim rotirenden Schaukeln zu stark nach Aussen gedreht worden war; ebenso ging der Gelenkkopf, der auf den Pfannenrand gestellt war, bei zu starken Rotationen nach Innen mehrmals wieder auf das os ilei.

Sechster Fall.

Die letzte traumatische luxatio iliaca bei einer 21jährigen Person C. Beuthner ward auch mit Glück reponirt. Da dieselbe ebenfalls einen poliklinischen Fall betrifft, so fehlen über ihn genauere Notizen.

Siebenter Fall.

Wir haben nun noch über einen glücklich verlaufenen Fall von einer luxatio femoris ischiadica sinistra zu berichten. Der Patient, Bergmann Eduard J . . . ., 34 Jahre alt, ward in einem Kohlenbergwerke auf dem Rücken liegend

bei in der Hüfte und im Knie mässig flectirtem Beine von einer herabfallenden schweren Kohlenmasse derart gegen die vordere und äussere Seite des linken Knies getroffen, dass das Bein gewaltsam adducirt, nach Innen rotirt und zugleich nach Hinten getrieben ward. Es traten hierauf heftige Schmerzen in der Hüfte auf und jeder Versuch zur Bewegung erhöhte dieselben bedeutend.

Die von dem herbeigerufenen Arzte wiederholt angestellten Repositionsversuche waren vergeblich. Der Kranke ward deshalb in die chirurgische Klinik aufgenommen.

Status präsens: Das linke Bein ist mässig im Hüftgelenk flectirt, adducirt und stark nach Innen rotirt, sodass die vordere Fläche vollkommen nach Innen sieht. Das Bein kann passiv einiger Maassen bewegt werden, namentlich ist eine stärkere Flexion leicht möglich. Der trochanter major ist stark nach Oben und zugleich nach Vorn verschoben und steht nur etwa 1 – $1\frac{1}{2}$ Zoll unter und etwas nach Aussen von der spina anterior superior, reichlich 1 Zoll über der Nélatonschen Linie. Der Schenkelkopf ist sehr leicht nach Hinten und etwas nach Unten von der Pfanne, etwa $1\frac{1}{4}$ Zoll oberhalb und etwas nach Hinten vom tuber ossis ischii und der incisura ischiadica zu fühlen.

Am 21. April 1869 ward in tiefer Chloroformnarkose die Reposition nach der Fischer'schen Methode (durch spitzwinklige Beugung und Rotation nach Aussen) versucht, während zugleich stark an einem in die Kniekehle gelegten Handtuche gezogen ward. Beim vierten Versuche gelang die Einrenkung unter Anwendung bedeutender Gewalt,

Das Bein ward sofort durch einen Gypsverband fixirt, welcher 14 Tage liegen blieb.

Am 8. Mai ward der Verband entfernt; da die Bewegungen völlig frei und schmerzlos waren, durfte der Kranke aufstehen und mit einer Krücke umhergehen. Am 11. Mai konnte der Kranke geheilt entlassen werden.

Achter Fall.

Von den Oberschenkelverrenkungen sind bei Weitem die seltensten die nach Vorn: dieselben kommen nach A. Cooper unter 20 Fällen nur 3mal vor. Die häufigere der zwei zu unterscheidenden Unterarten ist die luxatio obturatoria.

Der hier zu beschreibende Fall von einer luxatio femoris dextri obturatoria betrifft einen 51 Jahre alten Arbeiter, Christoph B . . aus Alsleben. Derselbe war ungefähr 12 Wochen vor seiner Aufnahme in die Klinik beim Arbeiten in einem Steinbruche von einer herabstürzenden Erdmasse überschüttet und dadurch mit seinem Körper gewaltsam nach Vornüber gebeugt. Er war anfangs besinnungslos, erholte sich jedoch bald wieder. Trotzdem war er nicht im Stande, wieder aufzustehen. Das rechte Bein war total functionsunfähig und bei jedem Bewegungsversuche entstanden darin die heftigsten Schmerzen.

Der herbeigerufene Arzt erklärte die Hüfte für verrenkt und machte vergeblich Reductionsversuche, welche in der nächsten Zeit noch mehrmals unter dem Beistande mehrer Collegen wiederholt wurden.

Da diese Bemühungen ebenfalls ohne Erfolg waren und der Kranke schliesslich sehr erschöpft war, stand man von weiteren Versuchen ab. Die Chloroformnarkose war bei dieser Behandlung nicht angewandt.

Bei seiner Aufnahme sah der kräftig gebaute und früher vollkommen gesunde Patient sehr angegriffen aus. Er konnte das rechte Bein immer noch nicht brauchen und deshalb nur mit Krücken gehen.

Die nähere Untersuchung ergab folgendes: Das Hüftgelenk war (ungefähr) in einen Winkel von 120° flectirt. Bei den Versuchen zu weiterer Streckung fühlt man einen stark federnden, elastischen Widerstand, während die weitere Flexion normal ist. Auch das Knie ist leicht flectirt, kann aber unter starker Anspannung der Muskeln ohne Schmerzen gestreckt werden. Das Becken ist auf der rechten Seite um 6 ctm. gesenkt und um seine verticale Axe gedreht, sodass die Spina und der Darmbeinkamm rechts weniger vorspringen.

Das Bein ist um 45° nach Aussen rotirt. Von Vorn sieht man sehr deutlich, wie die Axe des Oberschenkels nach Innen abweicht, und wie sich an der Stelle des trochanter major eine abnorme Einsenkung befindet. Letzteres tritt bei der Ansicht von Hinten fast noch deutlicher hervor. Zugleich zeigt sich an der inneren Seite der Hinterbacke eine abnorme Wölbung. Der Gelenkkopf ist sehr leicht vom Damme aus in der Gegend des foramen ovale dicht vor und über dem Sitzbeinhöcker zu fühlen.

Am 18. Februar 1870 ward in tiefer Chloroformnarkose ein Versuch gemacht den Schenkelkopf zu reponiren. Zunächst suchte man durch spitzwinklige Flexion den Kopf von seinem Standorte abzuheben: darauf ward das Bein in stärkste Adduction gebracht und mit einer raschen Streckung geendigt. Es zeigte sich, dass der Kopf sehr beweglich war. Bei dem beschriebenen Manöver verliess er seine Stellung sehr leicht; statt aber in die Pfanne zu schlüpfen, umkreiste er den unteren Rand derselben und stellte sich in die incisura ischiadica major, sodass eine vollständige luxatio ischiadica entstand. Diese Bewegung ging schliesslich so leicht vor sich, dass man sie durch leisen Druck mit einer Hand hervorbringen konnte. Das angegebene Verfahren war also wirkungslos.

Es ward nun mit der Ausübung eines starken Zuges am rechtwinklig flectirten Beine senkrecht nach Oben versucht, worauf man ebenfalls durch die Adduction in die Streckung überging; doch ohne Erfolg.

Ebenso resultatlos blieb der Versuch, durch Rotation nach Innen bei spitzwinklig flectirtem Oberschenkel zum Ziel zu gelangen, sowie alle Versuche, aus der luxatio ischiadica die Reposition zu bewerkstelligen.

Patient hatte am Abend heftige Schmerzen, sodass eine Morphiuminjection nöthig war. Temparatur 39,0°

19. 2. Tem. Morgens 39,2°, Ab. 39,4°
20. 2. „ „ 38,0°, „ 38,6°
21. 2. „ „ 37,0°

Am 24. ward ein neuer Repositionsversuch beschlossen. Es wurden wieder dieselben Methoden angewendet, nur dass

man den Schenkel bei Beginn der Repositionsversuche zunächst in eine noch stärkere Abduction führte, um den Gelenkkopf auf diese Weise hinter dem Pfannenrande hervortreten zu lassen und leichter über denselben zu führen. Ebenso versuchte man die Reduction durch directen Druck auf den luxirten Kopf zu unterstützen, indessen Alles ebenso erfolglos wie das erste Mal. Temp. Abends 39,0°

25. 2.	Temp.	Morgens	38,0°,	Ab.	38,6°
26. 2.	„	„	38,0°,	„	38,4°
27. 2.	„	„	38,0°	„	38,2°
28. 2.	„	„	37,6°	„	38,0°

Da die Reaction somit mässig blieb, trotz der bedeutenden Schmerzhaftigkeit, die sich nachher eingestellt hatte, so schien am 10. März ein neuer Versuch erlaubt.

Nachdem aber wieder alle Anstrengungen ohne Erfolg geblieben waren, wollte man versuchen, den Schenkelkopf abzusprengen, um so wenigstens eine bequemere Stellung des Fusses zu erzielen. Durch starke Flexion ward der Gelenkkopf gegen die Weichtheile angedrängt, auf denselben ein hölzerner Stempel aufgesetzt, welcher den Kopf einiger Massen mit seiner leicht gehöhlten Fläche umfasste und gegen welchen mit einem hölzernen Hammer kräftige Schläge geführt wurden. Die Fracturirung gelang nicht besser als die Reposition und somit ward jeder Gedanke, dem Kranken auf nicht operativen Wege zu helfen, definitiv aufgegeben. Temperatur Abends 38,0°

11. 3.	Temp.	Morgens	38,5°	Abends	38,2°
12. 3.	„	„	38,4°	„	39,8°
13. 3.	„	„	37,8°	„	38,8°
14. 3.	„	„	37,6°	„	38,2°
15. 3.	„	„	37,6°	„	37,8°

Es gab schliesslich keinen andern Ausweg, als den Schenkelkopf zu reseciren, wollte man überhaupt die parallele Stellung der Beine erreichen. Dazu konnte sich der Patient nicht entschliessen. Nachdem die fieberhafte Reaction vorüber war und die sehr heftigen Schmerzen nachgelassen hatten, ward der Kranke am 31. März entlassen. Vermuthlich war ein absolut zu enger Kapselriss die Ursache des mangelnden Erfolges.

Spontane Oberschenkelluxationen.

In derselben Zeit, in welcher die obenerwähnten traumatischen Luxationen zur klinischen Behandlung kamen, wurden auch *vier Fälle von spontaner Verrenkung des Oberschenkels* beobachtet.

Wenn letztere ihrer Entstehung nach auch in gar keinem Zusammenhange mit den traumatischen stehen, so können beide Arten in Betreff ihrer Erkennung und Behandlung kaum von einander getrennt werden. Ich will deshalb diese Fälle der Vollständigkeit halber hier mit erwähnen.

Zwei dieser Luxationen, von denen die eine in Folge von acutem Gelenkrheumatismus, die andere nach einem überstandenen Typhus sich entwickelt hatte, wurden mit Glück und ausgezeignetem Erfolge reponirt; und die Patienten vollständig geheilt entlassen.

Der erste Fall dieser beiden glücklich geheilten Verrenkungen ist in der Dissertation des Dr. Jeschinsky*) beschrieben. Dieselbe, eine luxatio femoris ischiadica,

*) Vergleiche auch Jahresbericht von Virchow und Hirsch für 1869, Referat über die Krankheiten des Bewegungsapparates von R. Volkmann.

betraf einen 50 Jahre alten Mann, der im Sommer 1867 an einem acuten Gelenkrheumatismus gelitten hatte. Der Patient war aufgestanden und ging an Krücken umher, da hatte er das Unglück beim Passiren einer Thür mit dem kranken Beine gegen eine Pfoste zu stossen: sofort traten heftige Schmerzen in der Hüfte auf. Es war, wie die spätere Untersuchung ergab, eine luxatio ischiadica entstanden. 8 Wochen nach diesem Ereigniss ward der Patient in die Klinik aufgenommen und der Schenkelkopf glücklich reponirt. In Betreff der genaueren Angaben verweise ich auf die obenerwähnte Dissertation.

Zweiter Fall.

Folgender Fall, eine luxatio femoris iliaca, betrifft ein 14jähriges Mädchen, Therese H . . Dieselbe früher immer gesund, bestand im Januar 1869 einen sehr schweren Typhus. Während dieser Zeit begann die Gegend des rechten Hüftgelenks anzuschwellen und das Bein sich in Beugung zu stellen. Der Zeitpunkt wird nicht bestimmt angegeben. Nach Aussagen des Vaters soll es nach den ersten 14 Tagen geschehen sein. Sie selbst weiss erst von Anfang März zu erzählen. Damals empfand sie heftige Schmerzen in der Hüfte und im Knie. Erst Pfingsten konnte sie das Bett verlassen und an Krücken umhergehen.

Status präsens: Das rechte Bein ist um 5 ctm. gegen das linke verkürzt, in Knie und Hüfte gebeugt, ausserdem adducirt und nach Innen rotirt. Der Beugungswinkel in der Hüfte beträgt circa 90° im Knie ca. 170°,

Der trochanter major steht 2 ctm. oberhalb der Nélaton-Roser'schen Linie und tritt seitlich stark hervor. Etwas oberhalb fühlt man den Gelenkkopf auf dem Darmbein als eine rundliche, harte Geschwulst, die den Bewegungen des Beines folgt. Active Bewegungen sind nur im geringen Grade ausführbar, dagegen sind die passiven viel ausgiebiger als bei einer traumatischen Luxation. So kann man den Schenkel abduciren und nach Auswärts rollen, nur die Streckuug ist über den angegebenen Winkel unmöglich. Ein auf die Gelenkgegend ausgeübter Druck ist noch etwas schmerzhaft.

Am 14. Juli wird Patientin tief chloroformirt. Es zeigt sich nun eine trotz der Luxation vorhandene auffallende Beweglichkeit des Beines noch deutlicher. Ausser der Streckung sind alle Bewegungen mit der grössten Leichtigkeit ausführbar und besonders ist die Abduction und Auswärtsrollung in vollem Maasse möglich; ein Zeichen von ausserordentlicher Dehnung der Kapsel und Bänder. Zu weilen fühlt man starke Crepitation bei den Bewegungen. Behufs der Einrichtung ward Patientin auf die Erde gelagert, das Becken von einem Assistenten fixirt und nun das im Knie flectirte Bein in möglichste Beugung in der Hüfte gestellt. Darauf unter fortwährender Extension der Schenkel abducirt und nach Aussen rotirt. Dabei rückte der Kopf der Pfanne sehr nahe, glitt aber immer wieder unter vernehmbarem Geräusch vom Pfannenrande ab und es gelang nur, ihn dicht an die Pfanne zu rücken. Die Flexionsstellung und Einwärtsrollung waren geringer, aber der Trochanter sprang immer noch ziemlich bedeutend vor. Das

Bein wird in Gewichtsextension gelegt und mit 5 Pfunden belastet. Um das Einwärtsrollen zu verhüten wird der Fuss auswärts rotirt auf ein Fussbrett bandagirt. Dasselbe ist an einem quer am Fussende des Bettes liegenden auf zwei dreikantigen Schienen schleifenden Lattenstück befestigt.

An beiden folgenden Tagen klagte Patientin über heftige Schmerzen in der Hüfte und an der Stelle des Trochanters. Die Abendtemperatur stieg dabei bis auf 39,0°. Zehn Tage später waren die Schmerzen bei Druck nur noch gering und bei einer rechtseitigen Beckenneigung von $^1/_2$ Zoll beide Beine gleich lang, doch prominirte der Trochanter noch etwas.

Am 8. August waren die Füsse gleich lang und am 18. auch der Trochanter ganz normal: der Gelenkkopf scheint deshalb fixirt zu sein. Am 4. September wird der Schenkel in etwas abducirter Stellung eingegypst.

Als am 20. October der Verband entfernt wird, steht der Trochanter major noch etwa $^3/_4$ Zoll über der Nélaton'schen Linie; dagegen sind die Bewegungen im Hüftgelenk völlig glatt und frei, dabei ganz schmerzlos. Ausserdem besteht gar keine Neigung des Fusses nach Einwärts zu fallen, sodass man die Reposition des Femur als sicher annehmen kann. Der Hochstand des Trochanter major kann daher nur durch starke Ausdehnung der Kapsel bedingt sein; vielleicht ist auch der obere Pfannenrand ganz verloren gegangen.

Am 23. October wird die Patientin mit einer Stützmaschine entlassen.

Dritter Fall.

Bei der folgenden luxatio femoris iliaca dextra spontanea kann nur die Entstehungsursache und die Symptome der Verrenkung mitgetheilt werden, da sich der Patient der Behandlung entzog. Herrmann S . . . ., 36 Jahr alt, stürzte am 17. Juli 1867 von einem Baume und fiel auf die rechte Hinterbacke. Unfähig wieder aufzustehen musste er nach Hause getragen werden. Damals soll das Bein weder verkürzt noch in der Hüfte gebeugt gewesen sein; nur starke Schwellungen und heftige Schmerzen entstanden an der verletzten Stelle. Bis Anfang des folgenden Jahres hütete Patient das Bett; während dieser Zeit bildete sich eine Verkürzung und die gleich zu beschreibende Stellung des Beines aus.

Mitte April trat am tuber ischii ein Abscess auf, der sich spontan öffnete.

Am 14. Mai ward Patient in die Klinik aufgenommen.

Status präsens: Der Oberschenkel steht im Hüftgelenk bei ruhiger Lage in einem Winkel von 120°.

In der Narkose und mit Aufwand von Kraft lässt sich der Winkel etwas vergrössern und verkleinern. Die ganze Extremität ist ungefähr 1½ Zoll verkürzt und die Fussspitze etwas einwärts gedreht. Durch Contractur der Muskeln war im Knie das Bein in einem Winkel von 90° gebeugt.

1½ Zoll über der Nélatonschen Linie fühlte man einen harten, runden Körper, der bei Rotationsbewegungen des Schenkels mitrotirt. Der Trochanter ist nicht an seiner

normalen Stelle zu fühlen. Die rechte Hinterbacke ist unförmig aufgetrieben und zeigt mehre strahlige weisse Narben und zwei Fistelöffnungen. Durch die eine, welche mehr hinten und oben lag, gelangte die Sonde nur in unterminirte Weichtheile, durch die andere am tuber ischii gelegen tief gegen das Becken hin, nach Vorn und Oben in die Gegend des eben erwähnten harten und beweglichen Körpers. Aus beiden entleerte sich spärlich dünner Eiter, aus der untern auch zuweilen Knochenstückchen.

Nachdem zur Minderung der prallen ödematösen Schwellung eine Compression mittelst Binden angewendet war, entzog sich Patient der Behandlung und der weiteren Beobachtung.

Vierter Fall.

Zum Schluss dieser Mittheilungen habe ich noch eine luxatio iliaca spontanea zu erwähnen, welche sowohl wegen des höchst unglücklichen Verlaufs als besonders wegen des seltenen Umstandes die pathologische Stellung des Gelenkkopfes an der Leiche durch Präparation studiren zu können, vom grössten Interesse war.

Friederike B . . . ., 22 Jahr alt, war bis zum 14. Jahre gesund, litt dann an geschwollenen Halsdrüsen und im 18. Jahre an einem panaritium periost. des Daumens, dessen Nagelglied sich necrotisch abstiess. Im September 1868 bekam sie eine Phlegmone am linken Fuss und Unterschenkel. Durch Incisionen ward viel Eiter entleert. Später soll noch an der innern Seite des Oberschenkels

etwas unter der Gelenkgegend eine Incision gemacht sein. Anfang November spürte Patientin Schmerzen im linken Hüftgelenk; dasselbe soll geschwollen gewesen sein und sich in Beugung gestellt haben. Wann die bedeutenderen Symptome von Flexion, Einwärtsrollung und Verkürzung eingetreten sind, war nicht festzustellen. Während der ganzen Krankheit soll ziemlich hohes Fieber bestanden haben. Erst im Januar 1869 verliess Patientin das Bett und schleppte sich mühsam an Krücken fort.

Status präsens: Am 14. Juni 1869 ward Patientin in die Klinik aufgenommen. Das linke Bein ist $12\frac{1}{2}$ ctm. gegen das rechte verkürzt und im Knie und Hüfte flectirt, sodass Patientin sich nicht anders als an Krücken fortbewegen konnte. Im Hüftgelenk beträgt der Flexionswinkel ziemlich 90°. Dabei ist der Schenkel stark adducirt und einwärts gerollt. Da das Becken links daumenbreit erhoben ist, so besteht eine wirkliche Verkürzung von 10 ctm. Der Trochanter steht 5 ctm. über der Nélaton'schen Linie. Der Gelenkkopf ist auf dem Darmbein undeutlich zu fühlen. Bei den passiven Bewegungen ist Beugung und Rotation nach Innen und Aussen nur wenig, dagegen Abduction und Streckung des Schenkels ganz beschränkt. Crepitation ward dabei nicht bemerkt. Sonst bot die Extremität nichts Abnormes. Es wurde eine spontane bei sehr erschlaffter Kapsel und intakter Gelenkfläche entstandene Luxation angenommen, deren Zusammenhang mit der unzweifelhaft am Unterschenkel begonnenen Phlegmone freilich sehr unklar erschien. Obwohl die Angaben der Kranken über die Entstehungsweise sehr unsicher waren, so glaubten wir doch irgend welche erheb-

liche Störungen an den knöchernen Gelenkenden ausschliessen zu müssen. Dass die kurze Zeit in der Weiche bestandene Eiterung mit dem Hüftgelenk zusammengehangen habe, erschien im höchsten Grade unwahrscheinlich. In tiefer Narkose ward ein Reductionsversuch gemacht. Während ein Assistent das Becken fixirte, ward der Oberschenkel in möglichste Beugung gestellt und unter fortwährender Extension oberhalb des flectirten Knies abducirt und auswärts gerollt. Nach mehrfachen mit ziemlich grosser Gewalt ausgeführten Versuchen rückte der Kopf etwas nach Unten und die Fussspitze konnte mehr nach Aussen gerollt werden; als plötzlich eine in der Gegend der Adductoren auftretende und fortwährend wachsende fluctuirende Geschwulst, welche sich unzweifelhaft als ein grosses Blutextravasat, entstanden aus der Zerreissung irgend eines grösseren in der Adductorengruppe gelegenen Gefässes manifestirte, ein Weitermanöveriren verbot. Bei der forcirten Auswärtsrollung verbunden mit Abduction waren die Adductoren eingerissen.

Das Bein ward in der gewonnenen Stellung durch Gewichtsextension und einen um den Fuss gelegten Bindenstreifen, der die Auswärtsrollung verhindern sollte, fixirt, und auf die Gelenkgegend eine Eisblase gelegt. Die wirkliche Verkürzung betrug jetzt noch $^3/_4$ Zoll.

Am folgenden Tage war zwar das Blutextravasat nicht gewachsen; doch waren die Adductoren sehr schmerzhaft. Patientin fiebert stark. Am dritten Tage vermehren sich die Schmerzen und es tritt Ödem des Ober- und Unterschenkels ein.

Die Temperatur steigt Morgens bis 39,6°, Abends auf 40,0°. Dieser Zustand dauert bis zum achten Tage, nur dass das Ödem noch praller wird und auf die labia majora übergeht und dass an der unteren Seite der Schenkel von diffundirtem Blutfarbstoff schwarzblau gefärbt ist.

Am 21. Juni Nachts erfolgt der Aufbruch nach Innen und Unten in die Inguinalfalte. Die Wunde wird mit dem geknöpften Messer dilatirt und grosse Mengen verjauchten Blutes entleert. Dasselbe geschieht am 26. Juni. Am 29. werden an der Vorderseite des Oberschenkels mehrere Incisionen gemacht und Drainageröhren eingelegt. Das Fieber besteht mit geringer Remission fort. Am 1. Juli bekam Patientin einen heftigen Schüttelfrost; es werden jetzt zwei Contraincisionen gemacht, die eine an den Adductoren, die andere an den Glutäen. Die Temperatur sinkt auf 38,6°. Am 3. Juli tritt ein neuer Schüttelfrost ein und am 4. erfolgt der Tod.

Aus dem Sectionsbefunde erwähne ich nur Folgendes: Am Kreuzbein befand sich ein thalergrosser Decubitus. Die rechte Lunge war im unteren Lappen ödematös sonst normal; die linke Lunge zeigte dasselbe Verhalten, ausserdem aber fanden sich am vordern Rande des untern Lappens zwei metastische Herde, der eine noch im hämorrhagischen Stadium, der andere schon gelblich gefärbt und im Centrum erweicht. Die Leber war etwas vergrössert, das Parenchym weich, getrübt, die Zeichnung der Leberinseln undeutlich.

Die Milz war um das Doppelte vergrössert und faul. Die Nieren zeigten sich von normaler Grösse, Rinden- und

Marksubstanz trübe, die Zeichnung undeutlich. Die Untersuchung des Hüftgelenkes ergiebt wie zu erwarten eine acute Verjauchung desselben; hingegen ganz gegen die Erwartung doch sehr beträchtliche Veränderungen sowohl am caput femoris als an der Pfanne, welche mit Sicherheit auf eine früher bestandene destruirende Form fungöser Coxitis hinweisen. Der überall seines Knorpelüberzuges beraubte Gelenkkopf hat allseitig Defecte erlitten, sodass er nur einen unregelmässigen Stumpf bildet. Besonders defect sind zwei Stellen: es fehlt nämlich einmal vollständig ein grosses oberes und etwas hinteres Segment, was es wahrscheinlich macht, dass der Oberschenkel doch früher einmal in Abduction gestanden hat, sodann ein grosses inneres und ein wenig vorderes Segment, mit diesem Defect ruht der luxirte Gelenkkopf auf dem zerstörten und abgeflachten hinteren, oberen Pfannenrande dicht über der spina ossis ischii. Die Pfanne ist gleichzeitig erweitert. Der innere, untere Theil, den der luxirte Gelenkkopf verlassen hat, ist vollständig von fibrösen Narbengeweben ausgefüllt.

Der Gelenkkopf befand sich nach Aufhebung des musculus glutaeus maximus am hinteren Rande des musculus glutaeus medius in einer grossen Abscesshöhle. Er hatte sich zwischen die Glutäen und Rotatoren so eingeschoben, dass er nach Vorn von den musc. glut. medius und minimus und nach Hinten von den mus. pyriformis, obturatores fest umspannt wurde.

Fassen wir die an den oben mitgetheilten Fällen gemachten Erfahrungen zum Schluss kurz zusammen, so

finden wir, dass die Prognose in Betreff der Heilbarkeit per Oberschenkelluxationen eine recht günstige ist; denn von den 8 traumatischen Verrenkungen, welche zum Theil schon als veraltet bezeichnet werden konnten, wurden sieben schnell und glücklich geheilt und nur die einzige luxatio obturatoria widerstand allen therapeutischen Bemühungen. Von den spotanen Luxationen können nur drei in Betracht kommen; davon wurden zwei glücklich geheilt bei der dritten wurde durch die Repositionsversuche leider der Tod der Kranken herbeigeführt.

Wie wir gesehen haben, ist die früher allgemein geübte Einrenkung mit gestreckter Haltung gar nicht zur Anwendung gekommen, sondern fast nur die Reposition in spitzwinkliger Beugung der Schenkel. Die Einrenkung in gebeugter Haltung ist allerdings schon von Hippokrates angedeutet worden, doch erst in neuerer Zeit fand dieses Verfahren allgemeine Verbreitnng. Zuerst bediente man sich einer Methode, in welcher der Oberschenkel blos rechtwinklig gegen den Körper gebeugt war.

Erst Fischer in Cöln hat das Verdienst, die spitzwinklige Beugung des Oberschenkels in die Praxis eingeführt zu haben.

Durch dieses Verfahren ist man im Stande durch Zug am Oberschenkel und gleich darauf folgender Rotation nach Aussen oder Innen die Einrenkung zu bewirken. Der gebeugte Unterschenkel dient dabei als Hebelarm. Man fasst das gebeugte Bein mit der einen Hand in der Kniekehle mit der andern am Fuss, wodurch man alle erforderlichen Bewegungen zu beherrschen im Stande ist. Bei

Middeldorpf's osteomochlischer Methode*) liegt der Kranke auf einem mit einer Matratze bedeckten Tische; ein Assistent fixirt das Becken, indem er mit beiden Händen auf die Spina anter. sup. ossium ilii drückt. Besteht eine Luxation nach Hinten, so fasst man die luxirte Extremität mit einer Hand oberhalb der Knöchel mit der andern oberhalb des Kniees und beugt den Unterschenkel gegen Oberschenkel. Sodann beugt man den Oberschenkel gegen das Becken so stark, dass die vordere Fläche des Oberschenkels den Bauch berührt. Nun wird der Oberschenkel so weit abducirt, dass er neben den Rumpf auf der Matratze zu liegen kommt, hierauf wird das Knie nach Aussen rotirt und, während es beständig die Matratze berührt und im stumpfen Winkel gebeugt ist, in Bogen nach Abwärts geführt. Endlich wird der Unterschenkel gestreckt und gleichzeitig der Oberschenkel nach Aussen rotirt, wobei der Schenkelkopf mit Geräusch in die Pfanne gleitet. Besteht eine Luxation nach Vorn, so wird dasselbe Verfahren eingeschlagen, nur wird der Oberschenkel statt nach Aussen nach Innen rotirt.

Anmerk: Siehe Kompf „de violentis luxat. femoris" dissert. inaugur. Breslau 1860.

LEBENSLAUF.

Ich, Carl Bruno Conrad, bin geboren am 25. Januar 1844 zu Triebel in der Nieder-Lausitz und gehöre der evangelischen Confession an. Den ersten Unterricht empfing ich im elterlichen Hause und besuchte vom Jahre 1859 ab die Gymnasien zu Sagan a|B., Landsberg a|W. und Guben a|N. Nachdem ich an letzterer Schule das Abiturientenexamen bestanden, ging ich nach Greifswald um Medicin zu studiren. Trat darauf während des Krieges 1866 in Berlin beim Kaiser Franz Garde-Grenadier-Regiment Nr. 2. als Freiwilliger ein; kehrte nach meiner Entlassung wieder nach Greifswald zurück. Daselbst bestand ich am 6. März 1868 das tentamen physicum. Darauf besuchte ich die Universität Tübingen, von wo ich Ostern 1869 nach Halle a|S. ging. Hier bestand ich am 16. und 17. März 1870 das examen rigorosum.

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen folgender Herren:

In **Greifswald**: *Bardeleben, Budge, von Feilitsch, Grohe, Laurer, Landois, Mosler, Münter, Pernice, Schirmer, Schulze, Arndt, Bengelsdorf,*

In **Tübingen**: *v. Bruns, v. Niemeyer, Saexinger.*

In **Halle**: *Blasius, Graefe, Olshausen, R. Volkmann, Th. Weber, Franke, Koeppe.*

Schliesslich erlaube ich mir, dem Herrn Prof. *R. Volkmann* für die gütige Unterstützung, die er mir bei meiner Arbeit hat zu Theil werden lassen, den wärmsten Dank auszusprechen.

THESEN,

I.

Der „Tinctura jodi“ ist bei äusserlicher Application keine specifische Wirkung zu zuschreiben.

II.

Die Amputation der Portio vaginalis ist durch prolapsus uteri allein nicht indicirt.

III.

Der Pemphigus vulgaris der Kinder ist eine Infectionskrankheit.

IV.

Bei Oberschenkelverrenkungen darf aus der Stellung des Schenkelkopfes nicht ohne Weiteres auf den Sitz und die Beschaffenheit des Kapselrisses geschlossen werden.